UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1921 — N° 4

Traitement du *Cancer de l'Œsophage* par les *Applications locales de Radium*

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 14 Mars à 6 heures

PAR

Mademoiselle Marie BRÉMOND

Née à Philippeville (Départ. de Constantine) le 25 Février 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, Professeur de Clinique Médicale.. *Président.*

VINCENT (I ✠), Professeur de Clinique Chirurgicale.

CABANES (✠ ✠ ✠), Chargé de Cours. } *Juges.*

COSTANTINI (✠ ✠), Agrégé de Chirurgie.

ALGER

Imp. PACONNIER Frères

1921

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1921 — N° 4

Traitement du
Cancer de l'Œsophage
par les
Applications locales de Radium

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 14 Mars à 6 heures

PAR

Mademoiselle Marie BRÉMOND
Née à Philippeville (Départ. de Constantine) le 25 Février 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, Professeur de Clinique Médicale. . *Président.*
VINCENT (I ✿), Professeur de Clinique Chirurgicale.
CABANES (✲ ❁ ✿), Chargé de Cours.
COSTANTINI (✲ ❁), Agrégé de Chirurgie. } *Juges.*

ALGER
Imp. BACONNIER Frères
1921

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (O. ✻, I. ✪).
ASSESSEUR ..... HERAIL (I. ✪).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, I. ✪).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. ✪)
Chimie biologique et toxicologie....	MAILLARD (✻, I, ✪)
Chimie minérale et organique.....	H. GUILLEMARD.
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale.....	VINCENT (I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O, ✻, I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻ I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, I. ✪).
Clinique médicale infantile.....	N...
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ✪),
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻ I. ✪ MA. O ❁)
Histologie.....	ARGAUD (✻, I. ✪).
Hygiène.....	CHASSEVANT (✻ I. ✪. ❁).
Médecine légale	MICHELEAU (✻ I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique....	HÉRAIL (I. ✪).
Pathologie générale et microbiologie.	SOULIÉ (✻, I. ✪).
Pharmacie	MUSSO (I. ✪).
Physiologie	TOURNADE (✻ , ❁).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✪).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✻, I. ✪ , ❁)

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O ✻) | MM. BATTANDIER (I. ✪).
REY (✻, I. ✪). | Th. MALOSSE (I. ✪, ❁).

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. COSTANTINI (✻, ❁)
	LOMBARD (❁).
Médecine	M. RAYNAUD (❁).
	AUBRY (✻, ❁).
Physiologie.....	GIRAUD (✻, ❁)
Histoire nat. médicale et parasitologie..	SENEVET (❁).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Accouchements	MM. FUSTER (✻, ❁, I. ✪).
Chimie	H. MALOSSE (❁, I. ✪).
Anatomie	FERRARI (A ✪).
Pharmacie et matière médicale	X...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

A MON ONCLE LE COLONEL JUGUE

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'ALGER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ D'ALGER

A MES JUGES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536515_0026

A Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

Qui nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider cette thèse, après nous en avoir donné l'idée première.

Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre gratitude pour son accueil toujours bienveillant.

Traitement du Cancer de l'Œsophage
par les applications locales de radium

ETIOLOGIE — FREQUENCE. — Le cancer de l'œsophage est plus fréquent qu'on ne le disait autrefois et qu'on ne pense généralement encore : A Mathieu et Debrovici (*Société Médicale des Hôpitaux*, 18 mai 1906), ont compté 58 cas de cancer de l'œsophage contre 123 de l'estomac. L. Lamy (Th. de Paris, 1910), sur 410 cancers, accuse 134 cancers de l'œsophage et du cardia.

AGE. — La fréquence maxima du cancer de l'œsophage est entre 40 et 60 ans. Cependant le cancer de l'œsophage a été signalé chez des jeunes gens. Nous avons relevé dans diverses statistiques, 8 cas au-dessous de 20 ans, dont un à 19 ans et 3 entre 20 et 30 ans.

SEXE. — Le cancer de l'œsophage est plus fréquent chez l'homme que chez la femme : Lamy, sur 134 cas, a trouvé 20 femmes, soit 1 femme sur 6 à 7 malades. Il semble que la prédominance constatée dans le sexe masculin est imputable à l'abus des excitants : alcool, tabac.

HEREDITE. — Rien n'indique dans les documents recueillis, l'influence de l'hérédité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Avant l'intervention de l'œsophagoscopie, les lésions cancéreuses de l'œsophage n'avaient jamais été vues et décrites qu'à l'autopsie, à la période terminale de leur histoire. L'examen direct a permis de les connaître à leur phase initiale.

On peut diviser les tumeurs de l'œsophage en : tumeurs végétantes, tumeurs molles infiltrées et ulcérées, tumeurs dures squirrheuses.

LESIONS HISTOLOGIQUES. — Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux. La présence des globes épidermiques dans des fragments de la tumeur recueillis au cours d'un examen œsophagoscopique, permet de fixer le diagnostic. On cite quelques cas d'épithélioma cylindrique, dont l'origine a été rapportée aux glandes muqueuses.

SYMPTOMATOLOGIE. — Lorsqu'un malade atteint d'un cancer de l'œsophage durant depuis quelques temps déjà se présente, il fournit souvent des renseignements caractéristiques. Ces renseignements se résument en : Une dysphagie plus ou moins complète et en un amaigrissement et une tendance à la cachexie plus ou moins marqués. Les phénomènes douloureux sont moins constants.

EXPLORATION DE L'ŒSOPHAGE. — D'abord on aura recours à l'examen radioscopique; si celui-ci montre qu'il s'agit bien d'une sténose intrinsèque de l'œsophage et non de la compression par une tumeur extérieure et en particulier par un anévrisme de l'aorte, on peut procéder à l'examen endoscopique.

Jusqu'à ces dernières années l'examen œsophagoscopique comptait de nombreux adversaires. Outre l'élé-

ment douleur que l'on exagérait « la douleur de l'œsophagoscopie n'est pas plus intense que celle de l'urétroscopie, rectoscopie, cystoscopie, qui se font journellement », l'on prétendait que c'était une méthode dangereuse. Nous l'avons vu pratiquer très souvent à Alger et à Lyon où nous étions dans un hôpital militaire pendant la guerre, c'est là d'ailleurs que nous avons vu traiter les premiers cancers de l'œsophage par le radium, par le docteur Mac Lève, de New-York, qui eut de très beaux résultats. Cette méthode d'exploration est très bien tolérée par les malades.

Relativement à cette méthode, nous allons rapporter un passage de Guisez, *Presse Médicale,* de 1908. page 97.

Voici ce que dit Guisez : « Jusqu'en ces dernières an-
« nées on ne savait rien ou presque rien de la patho-
« logie de l'œsophage; l'œsophagoscopie a permis d'ob-
« server et de décrire des lésions peu connues avant
« elle et a fait faire de réels progrès à la thérapeutique
« de cet organe.

« Grâce à cette méthode de vision directe, nous avons
« pour notre part, réformé des diagnostics affirmés par
« les moyens cliniques et radioscopiques (cancer,
« spasme) dans un certain nombre de cas (rétrécisse-
« ment congénital, cicatriciel, spasmodique) nous som-
« mes arrivés à instituer un traitement rationnel, basé
« sur des données précises et à guérir des malades qui
« vivent actuellement de la vie de tout le monde et
« seraient morts de faim et de cachexie, sans l'œso-
« phagoscopie : la bouche stomocale eut été pour eux
« autrefois la seul ressource.

« Et d'abord, il est une notion dont nous voudrions
« bien persuader : c'est que l'œsophagoscopie n'est
« point une méthode dangereuse, ni douloureuse. Nous

« pourrions citer notre pratique personnelle basée sur « un usage, devenu journalier de l'œsophagoscopie, et « faire valoir que nous n'avons pas observé d'accidents ; « il n'y a aucun danger à recourir à cette méthode pour « qui sait manier les instruments.

« Quant à l'élément douleur, il est très variable sui- « vant le système nerveux de chacun : il est des gens « chez qui l'examen du larynx au miroir laryngosco- « pique détermine les plus pénibles réflexes ; il y a « des femmes atteintes de vaginisme qui ne peuvent « supporter un simple examen avec spéculum vaginal. « On ne doit pas compter, pour établir des règles géné- « rales, sur ce qui n'est que l'exception. »

Au point de vue diagnostic, l'examen œsophagoscopique est la méthode de choix. Avant la pratique de l'œsophagoscopie, les modes de diagnostic pour établir le siège d'un rétrécissement organique ou spasmodique étaient le cathétérisme et l'épreuve radioscopique par le bismuth. Or, le cathéter et le bismuth, arrêtés au niveau des anneaux spasmodiques qui masquent toujours le véritable rétrécissement, ne donnent pas les renseignements fournis par l'œsophagoscopie. En examinant un sujet atteint de rétrécissement de la portion cardiaque, comme c'est le cas pour le malade dont l'observation est citée plus loin, on constate un spasme situé à 5 ou 6 centim. au-dessus de la portion véritablement rétrécie. C'est là que bute le cathéter et qu'est arrêté le bismuth sur l'écran radioscopique. Après une application locale de cocaïne, ce spasme cède, l'œsophage s'entrouve et laisse voir la lésion ulcéreuse, cause du véritable obstacle.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL. — La méthode œsophagoscopique est donc l'auxiliaire indispensable dans toute exploration de l'œsophage, car le diagnostic dif-

férentiel est de la plus haute importance; le cancer de l'œsophage peut être confondu avec une série de maladies susceptibles d'amener à la fois la dysphagie et l'inanition.

Nous allons les énumérer brièvement :

Compression de l'œsophage;
Spasme chronique;
Rétrécissement cicatriciel d'origine traumatique ou non traumatique;
Cancer de l'estomac, syphilis, tuberculose et Tumeurs bénignes de l'œsophage.

COMPLICATIONS. — Réduite à ses manifestations cliniques, l'évolution du cancer de l'œsophage ne comporte que la dysphagie et la cachexie progressives; tous les autres accidents peuvent être considérés comme des complications.

Ces complications redoutables qui pourraient être évitées par l'emploi plus courant de l'œsophagoscopie et le traitement précoce, résultent de l'accroissement de la tumeur et de l'adénopathie, de son ulcération et des conséquences qui peuvent en résulter :

Hémorragies;
Compressions dans le médiastin;
Perforations bronchiques;
Abcès péri-œsophagiens;
Accidents pleuro-pulmonaires;
Propagations cancéreuses à distance.

FORMES CLINIQUES. — Dans le cancer du tiers supérieur, la maladie est rendue particulièrement pénible par les régurgitations fréquentes et les efforts de toux.

Dans le cancer du tiers moyen, ces phénomènes sont atténués.

Dans le cancer du cardia, douleurs gastriques comme dans le cancer de l'estomac, brûlures au creux épigastrique, douleurs plus accusées que dans les autres cas.

TRAITEMENT. — Comme les tumeurs malignes des autres organes, le cancer de l'œsophage peut amener la mort par l'extension progressive des lésions, par les accidents qui résultent de la nécrose et de l'ulcération et par la cachexie cancéreuse.

De plus la sténose est une cause rapide d'inanition, susceptible de provoquer par elle-même la terminaison fatale ou tout au moins d'accélérer les progrès de la cachexie finale.

L'idéal serait de détruire la lésion cancéreuse, par des moyens médicaux ou par exérèse chirurgicale, les premiers sont impuissants et n'amènent qu'une amélioration passagère. Le second se heurte à des difficultés d'exécution qui résultent de la topographie même du conduit œsophagien.

On avait dû, le plus souvent, se borner à alimenter les malades tant bien que mal, à soutenir leurs forces et à atténuer leurs souffrances.

Depuis quelques années, à cette impuissance atroce du médecin qui assistait presque désarmé à l'agonie de son malade, a fait place non des espoirs, mais presque une certitude de succès. Cela grâce à l'emploi local des sels de radium.

Avant d'entrer dans la question, il nous faut mentionner la thérapeutique employée jusqu'à ce jour.

Ce furent d'abord les agents physiques. Nous distinguerons deux variétés d'agents physiques, les uns provoquent l'escharification des tissus; leur action sur le cancer n'est nullement élective, ils détruisent les tissus sains et les tissus malades. L'effet est produit au point même d'application tel : la photothérapie, l'électrolyse, le froid, la chaleur, l'étincelle de haute fréquence, mais les tumeurs superficielles leur sont seules accessibles, s'il s'agit de cancer profonds ils ne sont que l'auxiliaire du bistouri.

La seconde variété comprend les rayons X et le radium, ayant une action élective sur les cellules cancéreuses et pouvant les frapper au travers des tissus sains : donc les cancers profonds leur sont accessibles.

TRAITEMENT MEDICAL. — Presque tous les médicaments ont été essayés, mais on peut limiter les corps chimiques qui paraissent avoir donné quelques résultats : les composés arsenicaux, la quinine, les médications chlorées, les anesthésiques.

Les ferments : pancréatine.

L'opothérapie : corps thyroïde, thymus.

Il faut avouer que les résultats ne furent pas brillants sauf les rayons X avec intervention préalable en ce qui concerne les cancers de l'œsophage et le radium.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Dans l'extirpation du cancer cervical ou thoracique, la mortalité opératoire est considérable. Les 25 opérations rasesmblées par Von Hacker ont donné 9 morts immédiates (36 pour 100), sans compter 5 morts survenues au cours des suites médiates du fait de l'opération, ce qui porterait à 48 pour 100 le taux de la mortalité opératoire.

Une première cause de mort immédiate ou rapide, c'est le schock opératoire. Des malades affaiblis par une longue inanition, amaigris, cachectiques, ne peuvent supporter une opération longue, difficile et forcément septique. Une autre cause de mort, c'est l'infection de la plaie, provoquée par la salive, la déglutition des aliments, ou simplement par contact, avec le tissu cellulaire péri-œsophagien des sécrétions putrides stagnantes au niveau de l'œsophage cancéreux. La cellulite cervicale, la médiastinite, avec toutes deux les hémorragies secondaires, la pleuro-pneumonie infectieuse constituent la deuxième grande cause de mort après la résection de l'œsophage cancéreux. Une complication opératoire qui prédispose singulièrement aux accidents post-opératoires rapides, c'est la blessure des voies aériennes.

La situation profondément cachée dans le médiastin postérieur, de l'œsophage thoracique, ses dangereux rapports avec l'aorte, les veines azygos, les nerfs vagues et surtout les poumons et les plèvres, rendent l'intervention dangereuse.

TRAITEMENT CHIRURGICAL PALLIATIF. — Consiste à pratiquer la gastrostomie de façon à contourner l'obstacle et à introduire directement les aliments dans l'œsophage.

Toutes ces interventions n'ont pas donné de brillants résultats. Voici une observation prise salle Trousseau :

Le 11 octobre 1920, G..., 60 ans, chef de gare, entre à l'hôpital de Mustapha, salle Trousseau, pour dysphagie.

A. H. : Rien de particulier.

A. P. : Plusieurs congestions cérébrales depuis l'âge de 45 ans.

Histoire de la maladie : Début vers le 15 août 1920, par une grande gêne à déglutir les solides.

A partir du 6 septembre, impossibilité absolue de déglutir autre chose que des liquides; douleur épigastrique intense.

L'examen radioscopique décèle une grosse dilation de la crosse aortique.

Le malade est mis au traitement par le sérum de Truneseck.

Sous l'influence du traitement l'aortite s'améliore, mais persistance des signes de stnénose œsophagienne.

Une nouvelle radioscopie montre l'aorte très diminuée et le malade est envoyé à la clinique d'oto-rhino, laryngologie, pour un examen œsophagoscopique, dont voici le résultat : A 21 cm. de l'accade dentaire, l'œsophagoscope est arrêté par une tumeur bourgeonnante qui comble complètement la lumière de l'œsophagoscope et présente à la surface une ulcération de 1 cm. environ.

Le 6 janvier, la déglutition des liquides étant très pénible et les douleurs épigastriques intenses, le malade est évacué à Sédillot où il subit une gastrostomie.

Le 14 janvier, le malade meurt de pneumonie.

Traitement par le Radium

HISTORIQUE. — L'emploi thérapeutique et l'étude scientifique du radium a pris naissance et s'est développé tout d'abord dans notre pays.

Malgré les travaux entrepris à l'étranger sous cette impulsion, notamment ceux de His, ne perdons pas de vue que les premiers travaux d'ordre pratique sur le radium furent d'origine française et que l'action de son émanation fut étudiée tout d'abord par des savants de notre pays (Bouchard, Curie, Balthazard). Son emploi thérapeutique pendant ces dernières années par Exner, Barcat, Guisez. De l'ensemble des travaux parus actuellement sur la question, il résulte que la thérapeutique par le radium a cessé d'être empirique : elle a maintenant une technique et des indications bien précises.

Au point de vue thérapeutique, les méthodes d'emploi du radium sont de deux ordres : les méthodes radiantes où ce sont les rayons seuls qui sont employés, grâce au pouvoir qu'ils ont d'agir sur les tissus; les méthodes émanifères où c'est l'émanation qui est utilisée.

Les cancers constituent une des grandes indications de l'application du radium.

Le 13 juin 1908, dans le *Bulletin de la Société de* Biologie, MM. Dominici et Barcat donnent des indica-

tions très précises sur le « Processus histologique de la régresison des tumeurs malignes sous l'influence du rayonnement du radium ». Nous ne pouvons ici reproduire l'article éminemment intéressant de MM. Dominici et Barcat où l'action élective du radium sur les cellules cancéreuses est nettement démontrée.

Le radium offre sur les rayons X l'avantage de pouvoir être utilisé dans les cas de néoplasmes difficilement accessibles aux rayons X et de pouvoir être introduit au sein même des tissus à détruire.

Quant à la technique, elle est nettement indiquée dans les différents articles de MM. Guisez et Barcat. La voici très résumée : « L'œsophagoscopie ayant permis de reconnaître le siège exact de la tumeur, l'instrumentation est des plus simples : elle consiste en un ou plusieurs tubes de radium de 5 à 10 centigrammes, entourés d'un écran d'argent ou de platine de 4/10 de millimètre d'épaisseur, rattachés à un fil de soie et fixés au fond d'une sonde de Nélaton n° 15 ou 16, l'application doit être de 25 à 30 heures.

Cette technique ne met en jeu que le rayonnement ultra-pénétrant de Dominici, c'est-à-dire cette fraction du rayonnement qui persiste après l'interposition d'un écran de métal dense (plomb, or, argent, platine, d'au moins 4/10 de millimètre d'épaisseur et qui est constitué uniquement par des rayons β durs et des γ après que le rayonnement secondaire, résultant de la traversée du métal, a été éliminé par un dernier écran de matière à densité légère (gomme)).

Cette fraction du rayonnement, est douée d'une action élective puissante sur les éléments épithéliaux néoplasiques dont elle provoque l'histolyse, et qui, dans de larges limites, ne compromet pas la vitalité des tissus sains (Dominici et Barcat).

Dans la *Gazette des Hôpitaux,* page 865, 1912, M. Guisez publie 26 cas de cancer de l'œsophage améliorés par des applications locales directes de radium: « Dans « plusieurs communications antérieures, nous avons « insisté sur les effets palliatifs puissants de la médi- « cation par les applications locales de radium qui per- « met, en particulier une alimentation relativement fa- « cile, mais nous n'avions eu à soigner jusque-là que « des cas avancés de cancer de l'œsophage. L'effet était « déjà très manifeste et cette thérapeutique, beaucoup « supérieure à tout ce que l'on avait préconisé contre « cette terrible affection, nous a donné, dans ces for- « mes, des survies de 6 mois à un an et même davan- « tage. Or voici que, dans cette dernière année, nous « avons eu la bonne fortune de diagnostiquer, par l'œso- « phagoscopie et sous le contrôle de l'examen biop- « sique, deux cas de cancers de l'œsophage au début. « et dans ces deux cas le radium a fait véritablement « merveille. Dans l'un d'eux, la tumeur a regressé de « telle façon qu'il est difficile de retrouver, œsopha- « goscopiquement, ses caractères à la place où elle « s'implantait et du reste, les symptômes fonctionnels « ont suivi une marche parallèle; la dysphagie, en « particulier a disparu complètement depuis... »

Voici une des observations :

Mme P..., âgée de 45 ans, nous est adressée pour de la dysphagie ancienne, puisqu'elle date déjà de 2 ans et demi.

La malade a présenté pendant longtemps, des troubles nettement spasmodiques, c'est-à-dire qu'elle était des jours entiers sans pouvoir avaler, et la gêne se manifestait principalement pour les liquides; néanmoins la santé est restée bonne, pendant très longtemps, jusqu'à il y a un an.

On a fait de nombreuses reprises des dilatations avec le cathéter, dilatations qui la soulageaient momentanément. On a essayé aussi à plusieurs reprises, avec plus ou moins de succès, le gavage à la sonde.

Depuis un mois, le cathétérisme est devenu impossible et la bougie n° 18 qui passait encore avec facilité, ne peut plus passer, elle se replie et ressort presque complètement pliée sur elle-même. La malade reste plusieurs jours sans pouvoir avaler.

L'examen œsophagoscopique est fait le 30 septembre, sous cocaïne, position couchée, tête déclive, avec tube œsophagoscopique de 40 cm et de 10 mm. de diamètre; spasme à l'entrée de l'œsophage, dilatation moyenne dans le tiers inférieur de l'œsophage, quelques débris alimentaires. Au cardia, sténose à peu près complète. Nous voyons nettement au pourtour de cet orifice, vers la gauche, une sorte de bourgeonnement saillant, saignant au contact du porte coton. Il nous est assez difficile de dire, macroscopiquement, s'il s'agit d'œsophagite ou d'épithélioma. Nous en prenons un fragment pour en faire l'examen histologique.

30 septembre 1911. — Celui-ci dénote un épithélioma pavimenteux lobulé.

Le cathétérisme fait séance tenante avec des bougies, ne laisse admettre que la bougie n° 12 qui passe à frottement très serré. En plusieurs séances cependant, nous arrivons à passer le n° 18 de la filière ordinaire.

Nouvelle œsophagoscopie le 25 octobre. Nous constatons que les lésions vues sur la partie gauche du cardia sont encore plus marquées que précédemment. La muqueuse saigne facilement.

Nous faisons successivement 15 applications par

séances de 2 heures, de radium, 5 centigr., la malade ne pouvant tolérer des séances plus longues.

La perméabilité s'accentua, et au commencement de décembre, on peut passer une bougie n° 25. La déglutition est plus facile, néanmoins, il persiste des phénomènes spasmodiques. La malade peut avaler des aliments demi-solides qui passent avec la plus grande facilité.

Nous faisons deux nouvelles applications de 2 centig. et demi de radium : 5 heures d'application; activité, 2 millions.

Fin janvier. — L'état général de la malade est très bon, les sensations subjectives resesnties par la malade ont complètement disparu, la malade mange de tout, elle n'a plus de gêne à la déglutition.

OBSERVATION PERSONNELLE

dûe à l'obligeance de MM. Ardin-Delteil, H. Aboulker et Viallet

C... T..., 61 ans, entre le 23 janvier 1921, dans le service de M. le Professeur Ardin-Delteil, salle Trousseau, pour dysphagie.

A. H. — Père et mère morts de vieillesse. Un frère vivant en bonne santé.

A. P. — Léger étylisme. Albuminurie passagère il y a 3 ans.

Histoire de la maladie. — Début brusque, il y a 3 mois : A ce moment l'ingestion des aliments et des liquides est impossible. Cet état dure une huitaine de jours. Puis la déglutition des liquides devient possible, mais douloureuse.

Le malade essaie à nouveau d'ingérer des aliments solides, mais ils sont rejetés immédiatements et sanguinolents.

Le malade accuse des douleurs épigastriques; un amaigrissement rapide. Le facies est cachectique.

6 février. — L'examen radioscopique montre un rétrécissement d'environ 6 centim. au voisinage du cardia. Ce rétrécissement est représenté par un mince filet de

gélobarine qui part de la dilatation du conduit œsophagien situé au-dessus de la sténose et va à l'estomac.

6 février. — Examen œsophagoscopique, sous cocaïne. Le tube de 45 cm. et 10 mm. est introduit assez facilement dès qu'il a franchi la bouche œsophagienne. Nous remarquons que la muqueuse de ce conduit est enflammée et rouge. Le tube bute à 26 cm. de l'arcade dentaire, c'est un spasme qui cède à la cocaïne et le tube descend jusqu'à 28 cm. Là la muqueuse est comme tapissée par une toile d'araignée que l'on n'enlève pas au porte coton. En examinant attentivement on voit que la lumière de l'œsophage est complètement obstruée par une masse bourgeonnante en choux-fleur, ulcérée à la partie postérieure et saignant au moindre contact du porte coton. A ce moment la tumeur est masquée par des sécrétions sanglantes qui sont extraites au moyen de la pompe et une prise peut être faite en vue d'un examen histologique.

Après nouvelle cocaïnisation, on essaye de mesurer la hauteur de la tumeur. Pour cela on introduit une sonde rigide munie d'une olive de 1 cm. Après quelques difficultés l'olive passe à frottement sur une hauteur de 6 cm., puis on la sent libre.

11 février. — L'examen histologique donne comme résultat : Epithélioma pavimenteux à globes épidermiques, en un point l'aspect est celui qui caractérise l'épithélioma lobulé de l'œsophage.

11 février. — Sous le contrôle endoscopique, M. le docteur Viallet fait une application de radium.

On place dans l'œsophage une sonde molle dans la lumière de laquelle ont été placés 4 tubes de radium en chapelet représentant une valeur de 80 milligrammes. Ces tubes sont fixés à la sonde par des fils de

scie que du naso-pharynx on fixe à l'oreillle du malade pour les empêcher de se déplacer. Ces tubes restent en place 24 heures, très bien tolérés par le malade, qui est gêné néanmoins par une salivation abondante et fétide. Avant leur extraction on fait une radiographie reproduite ci-contre, montrant les tubes bien en place, dépassant en haut et en bas légèrement le bord supérieur et inférieur de la tumeur.

12 février. — Après l'extraction de la sonde radifère qui se fait sans aucune difficulté, le malade déglutit parfaitement non seulement les liquides, mais les solides

24 février. — L'endoscopie montre la lumière récupérée, et au lieu de la masse bourgeonnante, une masse scléro-cicatricielle ne saignant plus du tout. Le malade qui, la veille de l'application du radium pesait 40 k. 100, pèse aujourd'hui 41 k. 900.

CONCLUSIONS

Le cancer de l'œsophage est le type des maladies incurables. Il mène à la mort en quelques mois. L'exérèse chirurgicale en est impraticable, la gastrostomie n'est qu'un palliatif.

Tel était jusqu'à ce jour l'horrible pronostic de ce mal qui laissait le malade absolument désespéré et le médecin impuissant.

Une lueur d'espoir vient d'éclairer ce sombre tableau. Par les applications locales de radium, on arrive à obtenir une amélioration remarquable et rapide.

Nous ne pouvons parler ici de guérison définitive, mais les résultats obtenus nous paraissent déjà suffisants pour dire que le traitement du cancer de l'œsophage par le radium est actuellement et de beaucoup le meilleur.

C'est comme le dit si justement M. Dufourmentel :

La meilleure arme dont nous disposions.

BIBLIOGRAPHIE

Eichhom, de New-York. — *Presse Médicale*, 1905.

Gradenigo. — Action thérapeutique du radium dans les voies aériennes supérieures. (*Arch. Ital.* di. otol., 1908.)

Guisez et Barcat. — Essais de traitement de quelques cas d'épithélioma de l'œsophage par les applications directes locales de radium. (*S. M. des H.*, 2 avril 1909.)

Guisez. — *Presse Médicale*, 1911, et *S. M. des H.*, 1911.

Dominici et Barcat. — Processus histologique de la régression des tumeurs malignes sous l'influence du rayonnement du radium. (*Société de Biologie*, 13 juin 1908.)

Guisez. — Du traitement du cancer de l'œsophage, en particulier dans les cas au début par les applications locales directes de radium. (*Gazette des Hôpitaux*, 1912.)

Dufourmmentel. — Le traitement du cancer de l'œsophage par le radium. (*Paris Médical*, 7 fév. 1920.)

Guisez. — Traitement du cancer de l'œsophage et du larynx par les applications locales de radium. (*Paris Médical*, 8 mai 1920.)

Guisez. — Valeur de l'œsophagoscopie au point de vue diagnostique et thérapeutique. Etude basée sur 300 cas. (*Presse Médicale*, 1908.)

Chevalier Jackson. — Peroral Endoscopie and Laryngal, surgery, 1915.

Castex. — Le radium dans les tumeurs malignes des premières voies. (*Presse Médicale*, nov. 1919.)

Sargnon, de Lyon. — *Bulletins et Mémoires de la Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie*, Congrès de 1920.

Vu : *le Président de thèse,*
ARDIN-DELTEIL

Vu : *Le Doyen*
de la Faculté de Médecine,
C. CURTILLET

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 25 février 1921

Le Recteur,
ARDAILLON.